

Reakcje emocjonalne i potrzeby rodzin chorych leczonych na oddziale intensywnej terapii

Emotional reactions and needs of family members of ICU patients

Lucyna Płaszewska-Żywko¹, Dorota Gazda²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

² Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej „Szpital Śląski” w Cieszynie

ABSTRACT

Introduction. The aim of the study was to determine emotional reactions and needs of families of ICU patients.

Methods. The study group included 60 relatives of ICU patients, aged 18–80 years. The diagnostic questionnaire-based survey was conducted. The questionnaire contained questions regarding demographic data, emotions and needs as well as the Courtauld Emotional Control Scale (CECS).

Results. The major emotions of patients' families on ICU admission were anxiety, uncertainty, fear, depression, and nervousness (particularly among parents and adult offsprings). On second–third day of hospitalisation, the emotions became less severe ($p < 0.001$). The anxiety-related emotional reactions were better controlled by men ($p < 0.01$); most women experienced stronger negative emotions ($p < 0.05$) and their needs to receive information and to be involved in patient care were expressed more.

Conclusions. Negative emotions of ICU patients' relatives were highly intense, especially amongst parents and adult children. Women were characterised by higher levels of emotions and needs compared to men.

Key words: hospitalization, intensive care unit; hospitalization, emotions, needs; intensive therapy unit, patient's family

Słowa kluczowe: hospitalizacja, oddział intensywnej terapii; hospitalizacja, emocje, potrzeby; oddział intensywnej terapii, rodzina chorego

Anestezjologia Intensywna Terapia 2012, tom XLIV, nr 3, 164–168

WSTĘP

Ciężka choroba i pobyt w szpitalu stanowią źródło silnego stresu nie tylko dla chorego, ale i dla jego rodziny. Krewni chorego leczonego na oddziale intensywnej terapii (OIT) doświadczają wielu negatywnych emocji, takich jak: lęk, strach, frustracja, niepewność, poczucie winy, gniew i irytacja. Wynikają one z faktu bezpośredniego zagrożenia życia bliskiej osoby, nagłego początku choroby i ciężkiego stanu chorego oraz jego długotrwałego pobytu w szpitalu [1]. Zmaganie się z tą trudną sytuacją może prowadzić do niepożądanych następstw w psychice, takich jak depresja czy ryzyko rozwoju zespołu stresu pourazowego [2, 3]. Wpływa ona także na relacje i konieczność zmiany ról w rodzinie [4]. Wysiłki zespołu lekarsko-pielęgniarskiego OIT koncen-

trują się głównie na ratowaniu życia pacjenta. Nie zawsze pamięta się o tym, że rodzina chorego również potrzebuje wsparcia, gdyż stres, jakiego doświadcza, może być bardziej nasilony niż odczuwany przez chorego. W piśmiennictwie pochodzącym z ostatnich kilkunastu lat można odnaleźć nieliczne prace zajmujące się badaniem potrzeb rodzin [3, 4, 5, 6]. W ocenie badaczy częste jest niedocenianie tych potrzeb przez osoby leczące chorego na OIT [7, 8]. W Polsce badania na ten temat nie były dotychczas publikowane w znanym autorkom piśmiennictwie, zatem podjęto próbę zbadania tego problemu.

Celem pracy była ocena reakcji emocjonalnych i potrzeb rodzin chorych leczonych na OIT.

METODYKA

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowej po uzyskaniu zgody komisji bioetycznej.

Grupę badaną stanowiło 60 krewnych osób leczonych na OIT. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania o dane demograficzne respondentów oraz pytania dotyczące poziomu odczuwanych przez nich emocji i potrzeb, określonego w pięciostopniowej skali Likerta. Subiektywną kontrolę gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych oceniano przy użyciu Skali Kontroli Emocji (CECS, *Courtauld Emotional Control Scale*) [9]. Kwestionariusze ankiety wypełniane były anonimowo w 2. i 3. dobie leczenia na OIT przez krewnych badanych osób. Dodatkowo, retrospektywnie oceniano emocje, które odczuwali ankietowani w dniu przyjęcia chorego na OIT. Dokonano również analizy potrzeb odczuwanych przez badane rodziny. Potrzeby podzielono na 2 grupy: uzyskania informacji o krewnym oraz związane z uczestnictwem w opiece nad nim.

METODY ANALIZY STATYSTYCZNEJ

Analizę statystyczną uzyskanych danych przeprowadzono za pomocą programu SPSS for Windows 14.0. Wyniki przedstawiono za pomocą średniej \pm odchylenia standardowego ($\bar{x} \pm SD$). Dane porównano, wykorzystując test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa oraz współczynnik korelacji rang Spearmana. Za istotne uznano $p < 0,05$.

WYNIKI

Wśród badanych krewnych najliczniejszą grupę stanowiły matki lub ojcowie (33,3%) chorych, a następnie współmałżonkowie (23,3%), rodzeństwo (18,3%), dorosłe dzieci (6,7%) i inne osoby (18,4%). Większość (58,3%) badanych mieszkała wcześniej wspólnie z chorym. Wśród ankietowanych przeważały osoby z wykształceniem średnim (40%), a 31,7% miało wykształcenie wyższe, pozostali — niższe niż średnie. Wiek osób badanych mieścił się w przedziale

18–80 lat ($\bar{x} 43,9 \pm 15,5$). Większość ankietowanych (68,3%) stanowiły kobiety.

Oceniając emocje odczuwane przez bliskich osób leczonych na OIT wykazano, że w chwili przyjmowania chorego na oddział dominowały u nich: lęk, niepewność, bezradność, strach, przygnębienie i zdenerwowanie. W przypadku niemal wszystkich tych emocji ich nasilenie zmniejszało się w 2.–3. dobie pobytu chorego na OIT, w porównaniu z nasileniem odczuwanym w dniu przyjęcia (tab. 1).

Negatywne emocje, szczególnie przygnębienie ($p < 0,01$) i zdenerwowanie ($p < 0,05$), najsilniej odczuwali rodzice i dorosłe dzieci chorych. Nie stwierdzono związku między faktem wspólnego zamieszkiwania z chorym a rodzajem czy nasileniem emocji. Kobiety deklarowały silniejsze odczuwanie strachu ($p < 0,05$), przygnębienia ($p = 0,01$) i zdenerwowania ($p = 0,02$) w chwili przyjmowania bliskiej osoby na OIT oraz strachu w 2.–3. dobie pobytu chorego na oddziale ($p = 0,026$) niż mężczyźni. Im młodsze były osoby badane, tym silniej było odczuwane przygnębienie w chwili przyjmowania bliskiej osoby na OIT ($r = -0,26$; $p < 0,05$).

Zbadano, czy istniały różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie poziomu kontroli emocji, zwłaszcza w odniesieniu do tłumienia emocji negatywnych. Wykazano, że mężczyźni w większym stopniu niż kobiety tłumili zachowania i reakcje emocjonalne związane z lękiem ($p < 0,01$). Stopień kontroli gniewu i przygnębienia był podobny. Osoby lepiej wykształcone cechowały się większym stopniem kontrolowania wszystkich negatywnych emocji ($r = 0,34$; $p < 0,05$). Kontrola emocji nie zależała od wieku badanych.

U badanych osób wykazano istotny związek pomiędzy stopniem pokrewieństwa a potrzebami: poznania sposobów i metod leczenia chorego, poznania wymaganych czynności pielęgnacyjnych oraz uczestniczenia w tych czynnościach. Silniej potrzeby te odczuwali synowie i córki oraz rodzice niż współmałżonkowie i rodzeństwo, choć ogólnie poziom wszystkich ocenianych potrzeb był wysoki wśród badanych. Potrzeby odczuwane przez krewnych przedstawiono w tabelach 2 i 3.

Tabela 1. Poziom negatywnych emocji u krewnych w dniu przyjęcia chorego na oddział intensywnej terapii oraz w 2.–3. dobie leczenia

Emocje	W dniu przyjęcia chorego ($\bar{x} \pm SD$)	W 2.–3. dobie leczenia ($\bar{x} \pm SD$)	Wartość p
Gniew	1,53 \pm 1,14	1,25 \pm 0,70	0,008
Lęk	3,88 \pm 1,19	2,70 \pm 1,23	$p < 0,001$
Złość	1,65 \pm 1,23	1,37 \pm 0,88	0,058
Niepewność	4,10 \pm 1,00	3,17 \pm 1,09	$p < 0,001$
Bezradność	3,97 \pm 1,23	3,15 \pm 1,27	$p < 0,001$
Strach	4,13 \pm 0,98	2,93 \pm 1,12	$p < 0,001$
Przygnębienie	3,97 \pm 1,10	3,12 \pm 1,08	$p < 0,001$
Zdenerwowanie	4,08 \pm 1,20	2,25 \pm 1,22	$p < 0,001$

*Poziom emocji oceniano w 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznaczało brak danej emocji, 2 — niewielkie nasilenie, 3 — średnie nasilenie, 4 — duże nasilenie, 5 — bardzo duże nasilenie

Tabela 2. Pokrewieństwo z chorym a potrzeba uzyskania informacji

Potrzeba	Pokrewieństwo	$\bar{x} \pm SD$	Wartość <i>p</i>
Otrzymania uczciwej odpowiedzi na stawiane pytania	M/Ż	4,50 ± 0,94	0,364
	O/M	4,90 ± 0,31	
	S/C	5,00 ± 0,00	
	B/S	4,91 ± 0,30	
	I	4,91 ± 0,30	
Poznania rokowania	M/Ż	4,43 ± 1,09	0,371
	O/M	4,85 ± 0,37	
	S/C	5,00 ± 0,00	
	B/S	4,55 ± 0,69	
	I	4,73 ± 0,47	
Poznania postępów w leczeniu chorego	M/Ż	4,64 ± 0,50	0,148
	O/M	4,90 ± 0,31	
	S/C	5,00 ± 0,00	
	B/S	4,55 ± 0,52	
	I	4,64 ± 0,67	
Informowania telefonicznego dotyczącego stanu chorego	M/Ż	3,57 ± 1,02	0,089
	O/M	3,75 ± 1,45	
	S/C	5,00 ± 0,00	
	B/S	3,27 ± 1,35	
	I	3,55 ± 1,04	
Poznania sposobów i metod leczenia	M/Ż	3,71 ± 0,91	0,004
	O/M	4,55 ± 0,69	
	S/C	5,00 ± 0,00	
	B/S	3,91 ± 0,70	
	I	3,91 ± 0,83	
Poznania wykonywanych czynności pielęgnacyjnych	M/Ż	3,36 ± 0,84	0,022
	O/M	4,25 ± 1,07	
	S/C	4,25 ± 0,50	
	B/S	3,27 ± 1,27	
	I	3,91 ± 1,14	
Otrzymywania informacji o stanie zdrowia przez całą dobę	M/Ż	3,64 ± 1,22	0,294
	O/M	4,15 ± 1,14	
	S/C	4,75 ± 0,50	
	B/S	3,55 ± 1,29	
	I	3,91 ± 1,04	
Informowania o przeniesieniu chorego na inny oddział	M/Ż	4,64 ± 0,84	0,053
	O/M	4,95 ± 0,22	
	S/C	5,00 ± 0,00	
	B/S	4,36 ± 0,81	
	I	4,45 ± 0,93	

M/Ż — mąż/żona; O/M — ojciec/matka; S/C — syn/córka; B/S — brat/siostra; I — inne; potrzeby badanych oceniano w 5-stopniowej skali Likerta. Ankietowani określali, czy występuje u nich dana potrzeba poprzez zaznaczenie odpowiedzi: 1 — zdecydowanie nie, 2 — raczej nie, 3 — nie mam zdania, 4 — raczej tak, 5 — zdecydowanie tak

Tabela 3. Pokrewieństwo z chorym a potrzeby związane z uczestnictwem w opiece nad nim

Potrzeby	Pokrewieństwo	$\bar{x} \pm SD$	Wartość <i>p</i>
Zapewnienia jak najlepszej opieki	M/Ż	4,71 \pm 0,61	0,533
	O/M	4,95 \pm 0,22	
	S/C	5,00 \pm 0,00	
	B/S	4,91 \pm 0,30	
	I	4,91 \pm 0,30	
Nadziei na poprawę stanu	M/Ż	4,50 \pm 0,85	0,060
	O/M	4,90 \pm 0,31	
	S/C	5,00 \pm 0,00	
	B/S	4,45 \pm 0,52	
	I	4,64 \pm 0,50	
Uczestniczenia w czynnościach pielęgnacyjnych	M/Ż	2,36 \pm 1,22	0,016
	O/M	3,65 \pm 1,31	
	S/C	3,75 \pm 0,96	
	B/S	2,27 \pm 1,35	
	I	3,09 \pm 1,22	
Codziennych odwiedzin	M/Ż	4,71 \pm 0,61	0,126
	O/M	4,95 \pm 0,22	
	S/C	4,50 \pm 0,58	
	B/S	4,45 \pm 0,93	
	I	4,55 \pm 0,69	

M/Ż — mąż/żona; O/M — ojciec/matka; S/C — syn/córka; B/S — brat/siostra; I — inne; potrzeby badanych oceniano w 5-stopniowej skali Likerta. Ankietowani określali, czy występuje u nich dana potrzeba poprzez zaznaczenie odpowiedzi: 1 — zdecydowanie nie, 2 — raczej nie, 3 — nie mam zdania, 4 — raczej tak, 5 — zdecydowanie tak

Podobnie jak w przypadku emocji, fakt mieszkania z chorym nie miał związku z poziomem potrzeb. Wykazano natomiast, że kobiety bardziej niż mężczyźni odczuwały potrzeby poznania postępów w leczeniu ($p < 0,001$), poznania metod leczenia ($p < 0,001$) i zabiegów pielęgnacyjnych ($p < 0,001$) oraz uczestniczenia w pielęgnacji ($p = 0,015$) i bycia informowanym o przeniesieniu chorego na inny oddział ($p = 0,014$). Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy wiekiem i poziomem wykształcenia badanych a występowaniem poszczególnych potrzeb.

DYSKUSJA

Wyniki przeprowadzonych badań dowodzą, że ciężka choroba wymagająca leczenia na OIT wywołuje silne reakcje stresowe u członków rodzin osób tam leczonych. W czasie pobytu osoby bliskiej na OIT jego krewni odczuwali wiele negatywnych emocji, takich jak: lęk, niepewność, bezradność, strach, przygnębienie i zdenerwowanie. Emocje te były szczególnie nasilone w dniu przyjęcia na OIT, co potwierdza doniesienia autorów z różnych ośrodków zagranicznych [3, 4, 6, 10]. Kobiety zazwyczaj deklarowały silniejsze odczuwanie strachu, przygnębienia i zdenerwowania niż mężczyźni. Mogło to być spowodowane ich bardziej otwartym wyrażaniem uczuć, mniejszym tłumieniem negatywnych emocji i przewagą liczebną kobiet w badanej grupie. Obserwacja

ta jest zgodna z danymi opublikowanymi przez autorów kanadyjskich, którzy wykazali u kobiet wyższy poziom lęku w sytuacji choroby i hospitalizacji ich krewnego na OIT w stosunku do mężczyzn [10]. Problem ten wymaga jednak dalszych badań.

W zakresie potrzeb odczuwanych przez rodziny, u wszystkich ankietowanych wykazano duże nasilenie potrzeby informacji, szczególnie w zakresie rokowania i postępów w leczeniu, ale również metod terapii i pielęgnacji. Badani wyrażali chęć odwiedzin krewnych leczonych na OIT oraz pozyskiwania informacji telefonicznej o bieżącym stanie ich zdrowia. Bardzo nasiloną okazała się potrzeba pewności, że chory ma zapewnioną jak najlepszą, kompetentną opiekę oraz że jest nadzieja na jego wyleczenie.

Ocenę potrzeb rodzin analizowano też w kilku innych badaniach, których wyniki są spójne z danymi uzyskanymi przez autorki. Wykazano, że rodziny chorych wentylowanych mechanicznie najczęściej oczekiwały informacji o stanie zdrowia i leczeniu ich krewnych, rokowaniu, potencjalnych powikłaniach oraz informacji o dalszym przebiegu leczenia po wypisie ze szpitala [11]. Znaczenie potrzeby otrzymywania prawdziwych i rzetelnych informacji o stanie zdrowia chorego wykazano także we wcześniej prowadzonych badaniach [12, 13, 14, 15, 16, 17]. Dane opublikowane przez niektórych autorów wskazują jednak na zbyt małą w stosunku

do oczekiwanej liczby informacji przekazywanej rodzinie [7, 12]. Z kolei w innych doniesieniach sugeruje się, że rodziny chorych leczonych na OIT, które uczestniczyły w programach edukacyjnych, lepiej rozumiały zagadnienia związane z diagnozą i leczeniem ich krewnych. Krewni, którzy otrzymywali wsparcie emocjonalne, cechowali się niższym poziomem lęku, gniewu i depresji [18]. Wpływ skutecznej komunikacji personelu OIT z rodziną na jej satysfakcję z opieki nad pacjentem wykazano również w kilku innych badaniach [12, 19, 20].

Należy pamiętać, że rodzina może być ważnym ogniwem w opiece nad chorym, a te rodziny, w których występują prawidłowe relacje międzyludzkie, stanowią źródło wsparcia emocjonalnego dla chorego, są łącznikiem ze środowiskiem poza oddziałem szpitalnym, rozumieją potrzeby swoich krewnych oraz mogą przekazać personelowi istotne informacje o chorym, co ostatecznie przyczynia się do lepszej opieki nad nimi. Warto zwrócić uwagę na fakt, że członkowie rodzin często chcą uczestniczyć w opiece nad chorymi, co wykazano w niniejszym badaniu, jak również w doniesieniu grupy autorów z Gdańska, według których aż 87% ankietowanych krewnych osób leczonych na OIT wyraziło chęć udziału w zorganizowanej opiece nad swoimi bliskimi [21].

Biorąc pod uwagę powyższe wyniki, należy podkreślić znaczenie właściwej opieki nad rodziną chorego leczonego w warunkach OIT, której elementami są między innymi możliwość odwiedzin chorego na oddziale, opracowanie systemu łączności (numery telefonów) oraz, po wcześniejszym rozpoznaniu ich indywidualnych oczekiwań, włączenie rodziny do prostych czynności pielęgnacyjnych w takim zakresie, jak na to pozwalają warunki oddziału. Najistotniejsze wydaje się jednak właściwe komunikowanie, udzielanie wsparcia emocjonalnego oraz rzetelne, pełne zrozumienia udzielanie informacji zarówno przez lekarzy, jak i pielęgniarki, w zakresie zgodnym z ich kompetencjami [22].

WNIOSKI

1. W trakcie przyjmowania chorych na OIT dominującymi emocjami odczuwanymi przez ich krewnych były: lęk, niepewność, bezradność, strach, przygnębienie i zdenerwowanie. Nasilenie tych emocji zazwyczaj zmniejszało się w 2.–3. dobie hospitalizacji.
2. Rodzice i dorosłe dzieci osób leczonych na OIT silniej odczuwali negatywne emocje oraz niektóre potrzeby niż pozostali krewni.
3. Kobiety deklarowały większe nasilenie negatywnych emocji związanych z pobytem bliskiej osoby na OIT oraz odczuwały większą potrzebę uzyskania informacji na temat leczenia i możliwości udziału w opiece nad swoim bliskim.

Piśmiennictwo:

1. Foss KR, Tenholder MF: Expectations and needs of persons with family members in an intensive care unit as opposed to a general ward. *South Med J* 1993; 86: 380–384.
2. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, et al.: Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2006; 61: 719–722.
3. Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al.: Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: a prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005; 20: 90–96.
4. Titler MG, Cohen MZ, Craft MJ: Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart Lung* 1991; 20: 174–182.
5. Coulter MA: The needs of family members of patients in intensive care units. *Int Care Nurs* 1989; 5: 4–10.
6. Kinrade T, Jackson AC, Tomnay JE: The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family perspective. *Austr J Adv Nurs* 2009; 27: 82–88.
7. Kleinpell RM, Powers MJ: Needs of family members of intensive care unit patients. *Appl Nurs Res* 1992; 5: 2–8.
8. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duinste M, Grypdonck M: The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of literature. *J Clin Nurs* 2005; 14: 501–509.
9. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Wyd. II. Warszawa 2009: 55.
10. Chartier L, Coutu-Wakulczyk G: Families in ICU: their needs and anxiety level. *Int Care Nurs* 1989; 5: 11–18.
11. Nelson JE, Kinjo K, Meier DE, Ahmad K, Morrison RS: When critical illness becomes chronic: informational needs of patients and families. *J Crit Care* 2005; 20: 79–89.
12. Abbott KH, Sago JG, Breen CM, Abernethy AP, Tulsky JA: Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med* 2001; 29: 197–201.
13. Koller PA: Family needs and coping strategies during illness crisis. *AACN Clin Issues* 1991; 2: 338–345.
14. Kleinpell RM, Powers MJ: Needs of family members of intensive care unit patients. *Appl Nurs Res* 1992; 5: 2–8.
15. Al-Hassan MA, Hweidi IM: The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *Int J Nurs Pract* 2004; 10: 64–71.
16. Price DM, Forrester DA, Murphy PA, Monaghan JF: Critical care family needs in an urban teaching medical center. *Heart Lung* 1991; 20: 183–188.
17. Chavez C, Faber L: Effect of an educational-orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care unit. *Heart Lung* 1987; 16: 92–99.
18. Halm M: Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart Lung* 1990; 19: 62–71.
19. Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A, et al.: Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died. *Crit Care Med* 1998; 26: 1187–1193.
20. Cuthbertson SJ, Margetts MA, Streat SJ: Bereavement follow-up after critical illness. *Crit Care Med* 2000; 28: 1196–1201.
21. Basińska K, Owczuk R, Suchorzewska J, Wujtewicz MA, Wujtewicz M: The relationship between family members of intensive therapy unit patients and medical staff. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2011; 43: 74–78.
22. Leske J: Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurse* 2002; 22: 61–65.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Lucyna Płaszewska-Żywko
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego UJ CM
ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków
e-mail: lucyna.plaszewska-zywko@uj.edu.pl

Otrzymano: 09.03.2012 r.

Przyjęto do druku: 05.07.2012 r.